

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Hora de la cita _____ Hora de llegada _____ Razón de la visita _____ Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____ Su nombre _____ Relación con el niño(a) _____ Guardian legal Si _____ No _____ Fecha de hoy _____			
<b>CUESTIONARIO DE EVALUACION DE INMUNIZACION DE NIÑO Y ADOLESCENTE PARA PADRES/GUARDIANES:</b> Las siguientes preguntas ayudaran a determinar cuales vacunas su hijo(a) podría tener hoy. Si su pregunta es si, a alguna de las preguntas, no necesariamente significa que su hijo(a) no será vacunado. Esto solo significa que preguntas adicionales deberán ser hechas. Si una pregunta no es clara, por favor pregunte a su proveedor medico para que le explique.	SI	NO	No se
1. ¿Esta el niño(a) enfermo hoy?			
2. ¿Tiene su niño(a) alergias a medicamento, comida o alguna vacuna?			
3. ¿Ha tenido su niño(a) una seria reacción a una vacuna en el pasado?			
4. ¿Ha tenido su niño(a) un problema con asma, enfermedad al pulmón, enfermedad al corazón, al riñón o enfermedad metabólica (ej. diabetes), o un desorden en la sangre?			
5. ¿Si el niño(a) que va a ser vacunado es entre 2 y 4 años de edad, le ha dicho un proveedor medico que el niño tiene sonido sibilante o asma en los pasados 12 meses?			
6. El niño ha tenido convulsiones, problemas al cerebro o otros problemas al sistema nervioso?			
7. ¿El niño ha tenido convulsiones, problemas al cerebro o otros problemas al sistema nervioso?			
8. ¿Ha el niño tomado Cortisona, Prednisone, otros esteroides, drogas anti-cáncer, o tratamientos con rayos X en los pasados 3 meses?			
9. ¿El niño ha recibido transfusión de sangre o productos sanguíneos o le han dado una medicina llamada globulina Inmune (gamma), en el pasado año?			
10. ¿Esta el niño o adolescente embarazada o hay una circunstancia de que pudiera quedar embarazada en próximo mes?			
11. ¿Ha recibido el niño(a) vacunas en los pasados 4 meses?			

\*\*\*\*\*NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA\*\*\*\*\*

**FINANCIAL SCREENING**

APPT TIME	<b>IN</b>	ARRIVAL TIME	WORK UP	COMMENTS TO CLINIC	ROVER P/U TIME
	<b>OUT</b>				

**ROUTING SLIP**

CHP	RE-CHECK	WBC	FOSTER PHY	TRIAGE	RASH ROOM	RASH ROOM #
-----	----------	-----	------------	--------	-----------	-------------

**LAB/PHARMACY**

PLACE LABEL HERE

	CASHIER ONLY	INITIALS
COPAY PAID	_____	_____
SFS PAID	_____	_____
PREV BAL PAID	_____	_____
NO PAYMENT	_____	_____